Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Family Violence Prevention Division

National Clearinghouse on Family Violence

Division de la prévention de la violence familiale

Centre national d'information sur la violence dans la famille

ELDER ABUSE: IT'S TIME WE DID SOMETHING ABOUT IT

by

Elizabeth Podnieks, RN, BScN MES

School of Nursing, Ryerson Polytechnical Institute
Family Violence Prevention Division
Toronto, Ontario

89-03850/

ELDER ABUSE: IT'S TIME WE DID SOMETHING ABOUT IT

by

Elizabeth Podnieks, RN, BScN MES

School of Nursing, Ryerson Polytechnical Institute
Family Violence Prevention Division
Toronto, Ontario

National Clearinghouse on Family Violence
Family Violence Prevention Division
Social Service Programs Branch
Health and Welfare Canada

Reprinted with permission from:
The Canadian Nurses Association, Vol. 81, No. 11 of
The Canadian Nurse (December 1985)

©Minister of Supply and Services Canada 1989
Cat. No. H72-21/9-7-1989E
ISBN 0-662-16656-6

ELDER ABUSE: IT'S TIME WE DID SOMETHING ABOUT IT

Elizabeth Podnieks, RN, BScN, MES

"I pushed her. I know I shouldn't have but I'd had a bad day and she knocked her false teeth off the shelf." (Nurses aid). "I don't want to go (into the nursing home) but my daughter says if I don't sell the house and give her the money she won't have anything to do with me any more." (elderly patient)

Elder abuse takes many forms. Sometimes, but not always, it involves physical cruelty. Sometimes family members are at fault. Sometimes it is caregivers. The problem is not new: gerontologists have known about it for years but recognition among the general public is just beginning to surface. Many of us would rather not think about the fact that the elderly among us are vulnerable, that in our own community there are people who need protection from family members or professional caregivers.

What drives a person to violence, particularly against someone he loves, or has loved, someone who trusts him or has trusted him? Why does love turn into hate and neglect? What tensions exist within families that such feelings of brutality are so near the surface? How can we as nurses be gentle and caring with our own mothers and grandmothers and then go to work and be impatient and careless with someone else's loved ones?

Accessing the mistreated elderly: indicators of abuse

Definition of abuse

Any act or behavior by a family member or person providing care (formally or informally) which results in physical or mental harm or neglect of an elderly person. This would include but is not necessarily confined to the following examples:

1. **Physical abuse**	Willful, direct infliction of physical pain or injury. Denial of physical and health-related necessities of life.
2. **Neglect**	Lack of attention, abandonment, and confinement of the elderly by family members or society.
3. **Psychosocial abuse**	Removal of decision-making power from the elderly. Withholding of affection, social isolation.
4. **Exploitation**	Any situation involving the dishonest use of an elderly person's resources, such as money or property. Misappropriation of health care resources.

Elizabeth Podnieks is a member of the faculty of community services, School of Nursing, Ryerson Polytechnical Institute, Toronto.

Victim profile	Abuser profile
Over age 75	Middle aged or older
Female/widow/single	Daughter/son of victim
Progressive physical and/or mental impairments	Experiencing stress: financial problems, medical problems, marital conflict, substance abuse, unemployment
Denies abuse: reluctant to report	Increasing demands of caretaking role depleting family resources
Increasingly dependent on abuser for physical/emotional needs	Resents role reversal with parent
Takes on role of child	Low self-esteem
Socially isolated	Impaired impulse control
May feel abuse is deserved	May have been abused child
May have been abusive parent	

Categories of abuse and neglect	
Physical abuse	**Indicators**
Assault, beating, cutting, burning, forced feeding, hitting, slapping, pinching, punching, pushing, pulling hair, shaking, shoving	Unexplained alopecia, abrasions, bruises, burns, bumps, contusions, falls, fractures, grip marks, hematomas, immobility, infections, internal injuries, lacerations, pain, restricted movement, rope marks, swelling, tenderness, ulcers, welts
Sexual molestation or rape	Pain, bruising, bleeding in genital area
Hypothermia	Shivering, cyanosis, lowered body temperature
Homicide	

Categories of abuse and neglect	
Neglect	**Indicators**
Withholding nutrition, fluids	Malnourished, emaciated, no dentures
Inadequate hygiene, personal care	Dehydration, mouth sores, confusion Decubitus ulcers, poor skin, hygiene, soiled linen, urine burns, unkempt appearance
Inadequate clothing	Clothes in poor repair, inappropriate for season
Overmedicated - drugs, alcohol	Oversedation - reduced physical/mental activity CNS depression
Undermedicated	Reduced/absent therapeutic response
Sensory deprivation	No glasses, hearing aid
Lack of safety precautions	Dangerous environment
Lack of supervision	Unattended, tied to chair/bed
Withholding medical services/ treatment	Not taken to doctor/dentist/ therapist
Unjustified use of restraints	Muscle contractures, immobility, weakness
Abandonment	Deserted
Forced entry into nursing home	Institutionalized

Categories of abuse and neglect	
Psychosocial abuse	**Indicators**
Humiliation	Appears shamed
Dehumanization	Low self-esteem
Intimidation	Withdrawn, passive
Non-verbal abuse/silence Fight-provoking	Fearful, "What are you going to do to me?"
Verbal abuse - shouting, scolding	Invalid guilt
Imposed social isolation Withholding of companionship/love	Excluded from family gatherings, not permitted to have friends, visitors, go to church
Removal of decision-making process	Loss of self determination
Infantilization	Ribbons in hair, toys, "baby talk"
Threats of abandonment, institutionalization, physical abuse, withdrawal of love	Depressed, hopeless, helpless

Exploitation	**Indicators**
Inequitable distribution of health care resources	Medical underdiagnosis/undertreatment Nursing attitudes - lack of understanding, custodialism, paternalism
Fraud, misuse of elder's money/property	Overcharged for home repairs, funerals "con artists", illegal use of elder's possessions/property/investments for profit/personal gain Abuser supports own drug/alcohol dependency

The causes of elder abuse are not well-understood; research points to a strong correlation between dependency, disability and abuse. Most caregivers are able to cope but some succumb to the unending burden of the caregiving role and express their stress in a violent way. Usually a combination of factors interacts to precipitate abuse: familial social/environment and pathological factors.

Hocking[2], a consultant geriatrician, has found that people who keep things bottled up are more likely to become violent. Could this not apply to a caretaker in the home, or a staff member in an institution? Both, feeling frustration and weariness, can so easily one day "let go" and vent all those pent-up feelings on the elder person who is a captive victim.

Individuals have differing perceptions and a variety of ways of defining violence. Bookin[3] in a recent paper cites an example of a social worker and her supervisor not being able to agree on whether a particular case was actually an abusive situation (the caregiver hitting the elder with a hair brush in order to control her). The picture became much clearer when, at the agency's annual family outing, the supervisor noted the worker physically disciplining her own child in public. The supervisor realized that she and the case worker had totally different notions concerning the use of force. We must carefully examine our attitudes and not be guilty of imposing our own biases on clients-at-risk.

Whether the caregiver is a tired, guilt-ridden family member or an overworked, underappreciated nurse, the stress, isolation and intolerable strain are similar. Eastman[4], a geriatric social worker, asked one of his clients if she ever felt like hitting the dependent person in her care and received the following response: "Thank God you've asked me that question. Yes, sometimes, I feel I could knock him sideways". Is there a message here for all of us? Would it be total heresy to say to a nurse, "Do you sometimes feel like hitting your client?" Will nurses ever feel secure enough, comfortable enough, honest enough to admit to themselves and to their peers some of their real feelings and anxieties about the caregiving role? How can we get across to caregivers that it's okay to feel anger, frustration, hostility? It is not okay to express these feelings in a way that threatens the recipients of our care.

We must learn to recognize stress signals and get help before these feelings are transferred to abusive behavior[5].

The elderly refuse to report abuse: they are mortified by the situation. They have many fears: loss of love, retaliation, relocation. Nurses too have great difficulty in reporting 'miscare'. We must make every effort to support our colleagues but let there be no misunderstanding: nurses don't have any option in the reporting of elder abuse. Even if the abuser is our best friend or the head nurse, we have an ethical responsibility defined by the standards established by the Canadian Nurses Association.

Documentation of elder abuse has increased significantly in the past few years. Nevertheless, accessing the mistreated elderly remains a major problem. Health care professionals often ignore or overlook the possibility of non-accidental injury and have not learned to recognize the signs and precipitating factors which can place the elderly in potentially abusive situations[6]. Studies have shown that abusers often do ask for help - only to find that no one is listening.

> "I am afraid I will lose control of myself. I might even murder her... I consulted my G.P., my minister, the district nurse, social worker and friends. No one seems able to help me...[7]

If anyone can reach the neglected or abused elderly, it is the nurse. The nursing process has prepared nurses to be particularly perceptive in identifying an elderly client in a crisis situation; the data she collects and her assessment and diagnosis determine the appropriate planning and management.

The initial interview will challenge all of the nurse's resources; she must maximize her observational skills and communication techniques. The abused client, who may have been living with pain and guilt for years, is anxious, probably ashamed, definitely afraid. The nurse must be watching for any cue or indication of stress in either the client or the accompanying caregiver. Collecting data from an elderly person is not easy: it requires patience, tact, discretion and above all a capacity to engender trust. How many of us would be willing to disclose information so embarrassing, so personal as the abusive behavior of the caregiver on whom we are dependent? We must be prepared to ask sensitive questions. We haven't been too embarrassed to ask our clients about their sexuality; now we must ask them how they really broke that arm, where did those bruises come from, why are they afraid?

Never make a nursing diagnosis of elder abuse until all assessments have been completed - history, physical and psychological examinations. Remember that sometimes the signs of physical abuse are actually due to the aging process[8]. Similarly, signs of psychological abuse may be due to social, cultural or other factors[9].

Fundamental to the intervention phase of the nursing process is the nurse's comprehensive knowledge of social supports and community resources. She cannot and must not intervene alone: she is part of a multidisciplinary team of coordinated workers. Intervention must include treatment modalities for the abuser as well as for the victim.

Intervention strategies require a continuum of care whereby the elderly person can move from one type of help to another as his health status changes.

Categories of abuse and neglect	
Exploitation	**Indicators**
Coercion	Forced to sign over control/ power of attorney Forced to change will, sell house
Resource abuse	Used as babysitter/housekeeper
Withholding pension/insurance cheque	No money for food/clothes Inadequate living environment Unable to afford social activities
Theft	Disappearance of elder's possessions in institutions

Observations which trigger further assessment
Presenting behavior of elder
Has physical/mental limitations affecting self-care ability
Medical history does not coincide with presenting injuries
Postpones seeking medical treatment
Has sores, injuries which have not been treated/partially healed
History shows repeated incidents of unexplained "accidents"/ injuries
Gives history of seeking medical attention from a variety of doctors/treatment centers
Gives information reluctantly: waits for caregiver to supply answers
Avoids physical, verbal contact with caregiver/professional

Cognitive responses of elder	
Affect, emotion:	Agitated, anxious, dejected, excited, fearful, flat, humiliated, overly quiet, resigned, unresponsive
Speech:	Hesitant, inaudible, loud, rapid, slow
Nonverbal behavior:	Cringing, hands clenched, rigid, rocking, passive, avoids facial, eye contact with caregiver/professional

Presenting behavior of caregiver
Refuses to permit hospitalization/diagnostic tests
Ignores elder's hospital admission - doesn't visit
May refuse to participate in discharge planning or take elder home
Impatient with staff/procedures
Appears fatigued
"Blames" elder
Responds defensively when questioned: makes excuses, hostile, suspicious, irritable, demanding
Does not want elder interviewed alone

Caregiver behavior toward elder
Excessively concerned/unconcerned
Treats elder like a child or nonperson
Has minimal eye, facial, physical, verbal contact with elder

Intervention	
Primary Prevention	
Legislation:	To establish legislative measures and policies which will protect the rights of elderly persons To provide health and social services which will maintain the independence of the elderly within the community or care facility
Advocacy:	To represent the views of the elderly To articulate their special needs To foster an appreciation of the developmental stage of the elderly
Research:	To determine the causes leading to abuse To develop a valid and reliable assessment tool
Education:	To increase public and professional awareness of the abuse problem To further understanding of the aging process

Secondary Prevention
Establishment of screening programs for elder abuse
Medical intervention for treatment of injuries; treatment of abuser
Develop plan of intervention to address elder abuse
Provision of protective services/legal intervention/guardianship
Coordination of community support system to ensure quality continuum care. Stress reducing measures through informal supports, networking, peer counselling and appropriate formal services
Family therapy involving elder, abuser, other family members
Educational programs to teach effective caretaking roles using a problem-solving process

Tertiary prevention
Rehabilitation, assisting the elder to achieve his/her optimum level of health and safety, may involve permanent change to create a more supportive environment
Rehabilitation of abuser - ongoing counselling, group support

High risk factors which precipitate elder abuse

Familial	Societal/Environmental
Caregiver lack of knowledge of aging process and caregiving duties: services and resources available how to access them	Lack of societal concern for elderly
Psychological, physical impairments in elderly	Lack of understanding of aging process
Age/psychological/physical health of caregiver	Stereotyping of elderly, ageism
Caregiver stress	Inadequate resources - social services, social planning
Caregiver pressured into caregiving role: guilt, financial reasons	Poverty of women, financial stress, lack of reimbursement for caring for elderly at home
Caregiver has other dependents	Poor housing, overcrowding
Poor family inter-relationships	Unemployment of caregiver
Multiple family problems	Fear of crime - inadequate safety measures in environment
Elder experiencing recent meaningful losses: bereavement, loss of independence, mobility	Lack of alternatives for elder other than institutionalization
Social isolation of caregiver and elder, lack of social and emotional support network	Lack of professional awareness of abuse problem - lack of detection/reporting protocols
Family history of violence	Lack of legislation dealing with rights of elderly
Caregiver has poor impulse control	**Institutional**
Unreasonable expectations of capabilities of elder by caregiver or vice versa	Poor working environment
Substance abuse of elder or caregiver	Inadequate preparation of staff
Altered lifestyle of caregiver	Lack of opportunity for staff professional/personal growth
Fewer available caregivers due to disappearance of nuclear family, i.e.: one-parent families	Increasing dependency of elderly, extreme impairments
Caregiver's refusal to accept, or fear of, own aging	Lack of understanding of aging process, complex health needs of elderly
Role reversals, changing roles, role dissatisfaction	Negative attitude toward aging
Learned helplessness of elderly	Insensitivity to needs of elderly and families
Refusal of elder and/or caregiver to accept help	Lack of positive communication between staff/clients/families
	Lack of legislation and policies to ensure quality care in institutions

The ultimate goal of the continuum of care is to provide an active and fulfilling life in later years. A full range of home care and respite services includes: medical and legal assistance, visiting nurses, homemakers, home repair, friendly visiting, adult day care, respite care, physical and occupational therapy, nutrition services, telephone checking systems, transportation, emergency shelters, counselling and education, as well as providing assistance in learning problem-solving skills. Other interventions are: informal support systems (family, friends, neighbors, peers); local community organizations; gatekeepers (e.g. postal workers, delivery people, public utility workers); self-help groups, volunteers and resident counsels. These community-based supports are essential if elders are to remain in their own homes.

As practitioners, what can we do to become change agents in the social phenomenon of elder abuse? First, we can recognize the problem. We can be more sensitive to the dilemma facing those in the caretaking role. We can be aware of the diversity of social factors which precipitate violence. We can gain an understanding of how caregivers might react by being more aware of the methods we use to cope with stress and frustration[10].

We can think about the loneliness and isolation of the elderly person who is faced with loss of control and privacy. We can educate professionals and the public to detect and report abuse. We can foster the self-esteem and self-worth of all elderly persons, reverse the "learned helplessness" and "learned violence" that is transmitted from one generation to the next. We can lobby for legislation that will ensure the protection of elders, while acknowledging the importance of preserving the older person's autonomy.

REFERENCES

1. Golbe and Mail, Toronto. February 10, 1985.

2. Hocking, E.M. "Granny Battering" by S. Edwards, Medical News. November 1982.

3. Bookin, Deborah, Elder Abuse: Issue for the Practitioner. Presented at the Gerontological Society of America, November 1983, San Francisco, p. 9.

4. Eastman, M. "The Battering of Mrs. Scaffle" New Age, 1981.

5. Podnieks, E. Elder Abuse, Paper presented at the Second National Conference on Gerontological Nursing, Winnipeg, Manitoba, May 22, 1984.

6. Hooyman, Nancy and Tomita, Sue. Interventions in Cases of Elderly Abuse Within Medical Settings. Paper presented at the Annual Meeting of the Western Gerontological Society, San Diego, March 1982.

7. Eastman, M., Elder Abuse, Age Concern, 1984.

8. Humphreys, J., Campbell, J., Barrett, S. Clinical Intervention with the Abused Elderly and Their Families. Paper presented at the Gerontological Society of America, San Francisco, November 1983.

9. Eastman, M., Elder Abuse, Age Concern, 1984.

10. Parkin, M.W. Domestic Violence Against Women, Australian Nurses Journal. Vol. 12, No. 4. October 1982.

Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Family Violence Prevention Division

National Clearinghouse on Family Violence

Division de la prévention de la violence familiale

Centre national d'information sur la violence dans la famille

**La violence à l'égard des personnes âgées:
Il faut faire quelque chose**

par

Elizabeth Podnieks, i.a., B.Sc., inf., M.Env.

École des sciences infirmières,
Ryerson Polytechnical Institute
Toronto (Ontario)

La violence à l'égard des personnes âgées: Il faut faire quelque chose

par

Elizabeth Podnieks, i.a., B.Sc., inf., M.Env.

École des sciences infirmières,
Ryerson Polytechnical Institute
Toronto (Ontario)

Centre national d'information sur la violence dans la famille
Division de la prévention de la violence familiale
Direction générale des programmes de service social
Santé et Bien-être social Canada

Tiré du numéro de décembre 1985 de "L'Infirmière canadienne", volume 81, n° 11, traduit et reproduit avec l'autorisation de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1989
N° de cat. H72-21/9-7-1989F
ISBN 0-662-95256-1

LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES PERSONNES ÂGÉES: IL FAUT FAIRE QUELQUE CHOSE

Elizabeth Podnieks, i.a., B.Sc. inf., M. Env.

"Je l'ai poussée. Je sais que je n'aurais pas dû, mais j'avais eu une journée difficile et elle a fait tomber son dentier" (aide-infirmière). "Je ne veux pas y aller (la maison de repos), mais ma fille dit que si je ne vends pas la maison et que je ne lui donne pas l'argent, elle ne s'occupera plus jamais de moi" (patiente âgée).

La violence envers les personnes âgées revêt bien des formes et comporte parfois, mais pas toujours, de la cruauté physique. Quelquefois, ce sont les membres de la famille qui sont en cause; d'autres fois, ce sont les dispensateurs de soins. Le problème n'est pas nouveau. Or, si les gérontologues le connaissent depuis des années, le grand public commence à peine à l'admettre. Beaucoup de nous préféreraient ne pas penser au fait que les personnes âgées qui se trouvent parmi nous sont vulnérables, qu'il y a, dans notre notre propre collectivité, des gens qui ont besoin d'être protégés contre ces membres de leur famille ou les dispensateurs de soins professionnels.

Qu'est-ce qui peut pousser une personne à la violence, surtout contre quelqu'un qu'elle aime ou qu'elle a aimé, quelqu'un qui lui fait confiance ou qui lui a fait confiance? Pourquoi l'amour se transforme-t-il en haine et en négligence? Quelles tensions peuvent exister dans les familles pour que pareille brutalité se manifeste soudain? Comment pouvons-nous, en tant qu'infirmières, être douces et prévenantes pour notre mère et notre grand-mère, et une fois rendues au travail, être impatientes et insouciantes à l'égard des personnes que d'autres aiment?

La personne âgée maltraitée: indicateurs de la violence

Définition de la violence

Tout acte ou comportement de la part d'un membre de la famille ou d'une personne qui dispense des soins (officiellement ou officieusement) qui entraîne un mal physique ou moral ou la négligence pour la personne âgée. Cela comprendrait les actes ou comportements suivants, mais ne s'y restreindrait pas nécessairement:

1. **Violence physique**	Infliction délibérée et directe de souffrances ou de blessures physiques. Refus de satisfaire les besoins physiques ou sanitaires essentiels.
2. **Négligence**	Manque de soins, abandon et réclusion par les membres de la famille ou par la société.

Elizabeth Podnieks enseigne les services communautaires à l'École des sciences infirmières du Ryerson Polytechnical Institute de Toronto.

3. Violence psychosociale	Retrait du pouvoir de décision. Refus d'affection, isolement social.
4. Exploitation	Usage malhonnête des ressources, par exemple l'argent ou les biens. Détournement des ressources sanitaires.

Profil de la victime	**Profil de la personne violente**
Plus de 75 ans	Âge moyen ou plus vieux
Femme, veuve, seule	Fille ou fils de la victime
Perte d'autonomie progressive sur le plan physique ou mental	Stress, problèmes financiers, problèmes médicaux, mésentente conjugale, abus des drogues, chômage
Nie la violence: répugne à la signaler	Exigences croissantes du rôle de dispensateur de soins qui grugent les ressources familiales
De plus en plus dépendante de la personne violente pour la satisfaction des besoins physiques et affectifs	Éprouve du ressentiment par suite du renversement des rôles
Assume le rôle de l'enfant	A peu d'amour-propre
Isolée socialement	Maîtrise mal ses impulsions
Pourra avoir l'impression de mériter la violence	Pourra avoir été un enfant maltraité
Pourra avoir été une mère violente	

Catégories de violence	
Violence physique	**Indicateurs**
Frapper la personne, la battre, lui infliger des coupures ou des brûlures, la forcer à s'alimenter, la gifler, la pincer, lui donner des coups de poing, la pousser, lui tirer les cheveux, la secouer, la bousculer	Alopécie, écorchures, ecchymoses, brûlures, bosses, contusions, chutes, fractures, marques de doigt, hématomes, immobilité, infections, blessures internes, déchirures, douleurs, restriction des mouvements, marques de cordes, enflure, sensibilité, ulcères, marques de coup inexpliquées
Brutalité sexuelle ou viol	Douleurs, ecchymoses, saignements dans la région génitale
Hypothermie	Frissons, cyanose, baisse de la température du corps
Meurtre	

Catégories de violence physique	
Négligence	**Indicateurs**
Refus d'aliments solides ou liquides	Malnutrition, maigreur, absence des dentiers
Soins d'hygiène personnelle insuffisants	Déshydratation, plaies buccales, confusion, ulcères du décubitus, peau en mauvais état, manque d'hygiène, draps souillés, brûlures d'urine, apparence négligée
Habillement inconvenable	Vêtements qui ont besoin d'être réparés, qui ne conviennent pas à la saison
Surmédication - médicaments, alcool	Trop calme - activité physique ou mentale réduite
	Dépression du système nerveux central

Sous-médication	Réponse thérapeutique réduite ou absente
Privation sensorielle	Pas de verres correcteurs, de prothèse auditive
Manque de sécurité	Milieu dangereux
Manque de surveillance	Laissée seule, attachée au fauteuil ou au lit
Refus de services ou de soins médicaux	Pas conduite chez le médecin, le dentiste ou le thérapeute
Usage injustifié des moyens de contention	Contractions musculaires, immobilité, faiblesse
Indifférence	Abandonnée
Recours à la force pour le placement	Placée en établissement

Catégories de violence	
Violence psychosociale	**Indicateurs**
Humiliation	Paraît honteuse
Déshumanisation	Piètre amour-propre
Intimidation	Repliée sur soi, passive
Violence non verbale, silence provoquant la peur	Craintive (Qu'est-ce que vous allez me faire?)
Violence verbale - cris, réprimandes	Sentiment de culpabilité non justifié
Isolement social imposé, refus de compagnie et d'amour	Exclue des réunions de famille, pas autorisée à avoir des amis ou des visiteurs, à aller à l'église
Retrait du pouvoir de décision	Perte de l'autodétermination
Infantilisation	Rubans dans les cheveux, jouets, langage enfantin
Menaces d'abandon, de placement, de sévices, de retrait de l'amour	Déprimée, sans espoir, impuissante

Exploitation	Indicateurs
Répartition inéquitable des ressources sanitaires	Diagnostic et traitement médical insuffisants Attitude du personnel infirmier - manque de compréhension, surprotection, paternalisme
Fraude, mauvais usage de l'argent ou des biens de la personne âgée	Frais excessifs demandés pour les réparations à la maison, escroquerie pour les funérailles, usage illégal des possessions, des biens ou des placements de la personne âgée pour son profit personnel Encouragement de la dépendance à l'égard des drogues et de l'alcool

Les causes de la violence faite aux personnes âgées sont mal comprises; la recherche montre toutefois l'existence d'une forte corrélation entre la dépendance, l'incapacité et la violence. Si la plupart des dispensateurs de soins sont capables d'assumer leur rôle, certains succombent à la tâche et expriment leurs tensions d'une manière violente. Différents facteurs d'ordre familial, social, environnemental et pathologique interagissent d'ordinaire pour précipiter la violence.

Hocking[2], gériatre conseil, a constaté que les gens qui refoulent leurs sentiments ont plus de chance que les autres d'être violents. Cette constatation ne pourrait-elle pas s'appliquer à la personne qui dispense des soins au foyer ou au membre du personnel d'un établissement? Parce qu'ils se sentent frustrés et las, l'un et l'autre peuvent facilement, un jour, se laisser aller et faire passer tous ces sentiments réprimés sur la personne âgée qui est l'obligatoire victime.

Nous avons tous des manières différentes de voir la violence et des moyens divers de la définir. Dans un rapport récent, Bookin[3] cite l'exemple d'une travailleuse sociale et de sa superviseure incapables de s'entendre pour dire si un cas particulier constituait réellement une situation violente (le dispensateur de soins avait frappé la personne âgée à l'aide d'une brosse à cheveux pour la maîtriser). L'image s'est précisée quand la superviseure a constaté que la travailleuse corrigeait son enfant en public à la sortie familiale annuelle du personnel de l'organisme. La superviseure s'est rendu compte que la travailleuse sociale et elle avaient des notions entièrement différentes du recours à la force. Nous devons examiner avec soin nos attitudes et ne pas nous sentir coupables d'imposer nos idées quand il s'agit des clients exposés.

Que le dispensateur de soins soit un membre de la famille fatigué, rempli de culpabilité, ou une infirmière surchargée de travail et mal appréciée, le stress, l'isolement et les intolérables contraintes sont les mêmes. Eastman[4], travailleur social gériatrique, a demandé à une de ses clientes s'il lui arrivait d'avoir envie de frapper la personne dépendante dont elle prenait soin et a reçu la réponse suivante: "Je remercie le ciel que vous m'ayez posé cette question. Oui, j'ai parfois l'impression que je pourrais l'assommer". Est-ce là un message pour nous? Serait-il absolument impensable de demander à une infirmière si elle a parfois envie de frapper sa cliente? Les infirmières se sentiront-elles jamais assez sûres d'elles, assez à l'aise, assez honnêtes pour s'avouer à elles-mêmes, et avouer aux autres infirmières comme elles, certains des sentiments et des angoisses réels qu'elles éprouvent au sujet du rôle de dispensateur de soins? Comment pouvons-nous faire comprendre aux dispensateurs de soins qu'il n'y a rien de mal à éprouver des sentiments de colère, de frustration, d'hostilité? Ce qui est mal, s'est d'exprimer ces sentiments d'une manière qui menace ceux à qui nous prodiguons nos soins.

Nous devons apprendre à reconnaître les signaux de stress et à nous faire aider avant qu'ils se traduisent par une conduite violente[5].

Les personnes âgées refusent de signaler la violence: la situation les mortifie. Elles ont en plus de nombreuses craintes: perte de l'amour, représailles, déplacement. Les infirmières aussi ont beaucoup de mal à signaler les mauvais soins. Nous devons faire l'impossible pour soutenir nos collègues, mais ne nous méprenons pas: nous n'avons pas le choix de ne pas déclarer la violence faite aux personnes âgées. Même si la personne violente est notre meilleure amie ou l'infirmière-chef, nous avons une responsabilité morale qui est définie dans les normes établies par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Les rapports documentant la violence faite aux personnes âgées ont sensiblement augmenté ces dernières années. L'évaluation de la personne âgée maltraitée demeure toutefois un problème d'envergure. Les professionnels de la santé oublient souvent que les blessures peuvent ne pas être accidentelles et ils n'ont pas appris à reconnaître les signes et les facteurs précipitants qui peuvent mettre la personne âgée dans une situation potentiellement violente[6]. Les études ont montré que les personnes violentes demandent souvent de l'aide, pour constater que personne n'écoute.

> J'ai peur de perdre la maîtrise de moi-même, je pourrais même la tuer. J'ai consulté mon médecin de famille, mon curé, l'infirmière régionale, la travailleuse sociale et des amis. Personne ne semble capable de m'aider[7].

Si quelqu'un peut atteindre la personne âgée négligée ou maltraitée, c'est l'infirmière. La formation qu'elle reçoit l'a préparée à être particulièrement perspicace quand il s'agit de reconnaître le client âgé en situation d'urgence; ce sont les données qu'elle recueille et son évaluation qui vont déterminer le plan de traitement et les soins appropriés.

L'entrevue initiale fera appel à toutes les ressources de l'infirmière, qui devra exploiter au maximum ses techniques d'observation et de communication. Le client violenté, qui aura pu vivre dans la souffrance et la culpabilité depuis des années, est anxieux, probablement honteux, assurément craintif. L'infirmière doit surveiller tous les indices de stress chez le client ou chez le dispensateur de soins qui l'accompagne. Il n'est pas facile d'obtenir des données d'une personne âgée; cela demande de la patience, du tact, du discernement et, par-dessus tout, la capacité de susciter la confiance. Combien de nous seraient disposées à dévoiler des renseignements aussi embarrassants, aussi personnels que la conduite violente de la personne qui nous soigne et de qui nous dépendons? Nous devons être prêtes à poser des questions délicates. Nous n'avons pas été trop gênées pour interroger nos clients au sujet de leur vie sexuelle; nous devons maintenant être capables de leur demander comment ils se sont réellement cassé le bras, d'où viennent leurs contusions, pourquoi ils ont peur.

Il ne faut jamais établir un diagnostic infirmier de la violence dans le cas des personnes âgées à moins que toutes les évaluations soient complètes: antécédents, examen physique et examen psychologique. Rappelons-nous que les signes de violence physique sont parfois des signes de vieillissement[8] et que les signes de violence psychologique peuvent être attribuables à des facteurs d'ordre social, culturel ou autre[9].

Pour intervenir, l'infirmière doit essentiellement avoir une connaissance complète des systèmes de soutien social et des ressources communautaires. Elle ne peut pas et elle ne doit pas intervenir seule: elle fait partie d'une équipe pluridisciplinaire de travailleurs qui agissent de concert. L'intervention doit englober le traitement de la personne violente aussi bien que de la victime.

Les stratégies d'intervention exigent un continuum de soins pour que la personne âgée puisse passer d'un genre d'aide à un autre à mesure que son état de santé évolue.

Catégories de violence	
Exploitation	**Indicateurs**
Coercition	Forcée de signer une procuration Forcée de changer son testament, de vendre la maison
Abus en tant que ressource	Employée comme gardienne d'enfants ou aide ménagère
Retenue du chèque de pension ou d'assurance	Privée d'argent pour la nourriture et les vêtements Milieu de vie inadéquat Incapable de s'offrir des activités à caractère social
Vol	Disparition de ses affaires personnelles dans l'établissement

Observations qui suscitent une nouvelle évaluation
Comportement de la personne âgée
A des limites physiques ou mentales qui agissent sur sa capacité de prendre soin d'elle-même
A des antécédentes médicaux qui ne correspondent pas aux blessures
Retarde à demander des soins médicaux
A des lésions ou des blessures qui n'ont pas été soignées ou qui sont partiellement guéries
Les antécédents montrent des incidents répétés d'accidents et de blessures inexpliqués
Dit avoir demandé des soins médicaux d'une variété de médecins et d'établissements
Répugne à donner des renseignements, attend que le dispensateur de soins fournisse les réponses
Évite le contact physique et verbal avec le dispensateur de soins et le travailleur professionnel

Réponses cognitives de la personne âgée	
Affect, émotion	Agitée, anxieuse, abattue, excitée, craintive, sans ressort, humiliée, trop tranquille, résignée, indifférente
Parole	Hésitante, inaudible, forte rapide, lente
Comportement non verbal	Timide, mains crispées, rigide, se balance, passive, évite de regarder en face le dispensateur de soins ou le professionnel

Comportement du dispensateur de soins
Refuse d'autoriser l'hospitalisation ou les examens diagnostiques
Ne tient aucun compte de l'hospitalisation de la personne âgée, ne lui rend pas visite
Pourra refuser de participer à la préparation de la sortie ou de ramener la personne âgée à la maison
Manque de patience à l'égard du personnel, impatienté par les formalités
Paraît fatigué
Blâme la personne âgée
Est sur la défensive quand on l'interroge: s'excuse, se montre hostile, soupçonneux, irritable, exigeant
Ne veut pas que la personne âgée soit interrogée seule

Attitude du dispensateur de soins à l'égard de la personne âgée
Excessivement préoccupé ou aucunement préoccupé
Traite la personne âgée comme un enfant ou un objet
Regarde le moins possible en face la personne âgée, a le moins possible de contact physique ou verbal avec elle

Intervention	
Prévention primaire	
Législation	Établir des mesures et des directives législatives qui vont protéger les droits des personnes âgées Prévoir des services sanitaires et sociaux qui vont maintenir l'autonomie de la personne âgée dans la collectivité ou l'établissement de soins
Intercession civique	Représenter le point de vue des personnes âgées Exprimer leurs besoins particuliers Favoriser une valorisation du stade de développement de la personne âgée
Recherche	Déterminer les causes qui conduisent aux mauvais traitements Élaborer un outil d'évaluation valable et fiable
Éducation	Sensibilisr davantage le public et les milieux professionnels au problème Faire mieux comprendre le processus du vieillissement

Prévention secondaire

Établir des programmes de dépistage de la violence à l'égard des personnes âgées

Assurer une intervention médicale pour le traitement des blessures; traiter la personne violente

Élaborer un plan d'intervention pour s'attaquer au problème

Prévoir des services de protection, l'intervention juridique et la tutelle

Coordonner le système de soutien communautaire pour garantir un continuum de soins de haute qualité. Mettre en oeuvre des mesures visant à réduire le stress par le moyen des mécanismes de soutien officieux, des réseaux, des programmes de conseil par les pairs et des services officiels appropriés
Assurer une thérapie familiale englobant la personne âgée, la personne violente, les autres membres de la famille

Instituer des programmes éducatifs pour montrer comment s'acquitter du rôle de dispensateur de soins à l'aide d'un processus de résolution des problèmes

Prévention tertiaire

Prévoir des services de réadaptation pour aider la personne âgée à atteindre son niveau optimal de santé et de sécurité, ce qui pourra comporter un changement permanent afin de créer un cadre plus encourageant

Prévoir la réadaptation de la personne violente au moyen de séances de conseil, de soutien d'un groupe

Facteurs de risque élevé qui précipitent les mauvais traitements	
Facteurs d'ordre familial	**Facteurs d'ordre social ou environnemental**
Manque de connaissance, chez le dispensateur de soins, du processus du vieillissement et des responsabilités de sa tâche, des services et des ressources qui existent et des moyens d'y avoir accès	Manque d'intérêt à l'égard des personnes âgées dans la société
Déficiences psychologiques ou physiques chez la personne âgée	Manque de compréhension du processus du vieillissement
Âge, état psychologique, santé physique du dispensateur de soins	Image stéréotypée de la personne âgée, âgisme
Stress chez le dispensateur de soins	Ressources insuffisantes en matière de services sociaux, de planification sociale
Pression exercée sur le dispensateur de soins pour assumer son rôle: sentiment de culpabilité, raisons financières	Pauvreté chez les femmes, tensions financières, absence de remboursement pour les soins dispensés au foyer à la personne âgée
Présence d'autres personnes qui dépendent du dispensateur de soins	Piètres conditions de logement, encombrement
Mauvaises relations interfamiliales	Chômage chez le dispensateur de soins
Problèmes familiaux multiples	Peur du crime: mesures de sécurité insuffisantes dans le milieu
Perte significative récente pour la personne âgée: deuil, perte d'autonomie, de mobilité	Manque de solutions autres que le placement pour les personnes âgées
Isolement social du dispensateur de soins et de la personne âgée, absence d'un réseau de soutien social et affectif	Manque de connaissance du problème de la violence chez les milieux professionnels, absence de protocoles sur le dépistage et la déclaration
Antécédents de violence dans la famille	Absence de mesures législatives portant sur les droits des personnes âgées
Mauvaise maîtrise des pulsions chez le dispensateur de soins	**Facteurs relatifs aux établissements**
Attentes irraisonnables du dispensateur de soins quant aux capacités de la personne âgée ou inversement	Piètre milieu de travail
Abus des drogues chez la personne âgée ou le dispensateur de soins	Préparation insuffisante du personnel
Changement d'habitudes de vie pour le dispensateur de soins	Manque de possibilités de croissance professionnelle et personnelle pour les employés
Nombre réduit des dispensateurs de soins par suite de la disparition de la famille nucléaire (familles monoparentales)	Dépendance croissante de la personne âgée, handicaps extrêmes
Refus d'accepter ou crainte de vieillir chez le dispensateur de soins	Manque de compréhension du processus du vieillissement, besoins sanitaires complexes des personnes âgées
Renversement des rôles, transformation des rôles, mécontentement par rapport aux rôles	Attitude négative à l'égard du vieillissement
Impuissance acquise chez la personne âgée	Insensibilité aux besoins des personnes âgées et de leur famille
Refus d'accepter de l'aide chez la personne âgée ou le dispensateur de soins	Absence de communication véritable entre le personnel, les clients et les familles
	Absence de lois et de lignes directrices pour garantir la qualité des soins dispensés dans les établissements

Le but ultime du continuum de soins est de permettre à la personne de rester active et d'avoir une vie épanouissante dans sa vieillesse. Pour que la gamme soit complète, il faut des services d'aide médicale et juridique, d'infirmières à domicile, d'auxiliaires familiales, de réparations domiciliaires, de visites amicales, de soins de jour, de relève, de rééducation physique et d'ergothérapie, de nutrition, de surveillance téléphonique, de transport, d'hébergement d'urgence, de conseil et d'information, de même que de l'aide pour apprendre à résoudre les problèmes. Il faut aussi des systèmes de soutien officieux (famille, amis, voisins, pairs), des organismes communautaires locaux, des gardiens (facteurs, livreurs, employés des services publics), des groupes d'entraide, des travailleurs bénévoles et des avocats. Ce sont là des mécanismes de soutien communautaire essentiels pour que les personnes âgées puissent demeurer chez elles.

À titre de praticiennes, que pouvons-nous faire pour devenir des agents de changement à l'égard du phénomène social de la violence faite aux personnes âgées? Je crois que nous devons avant tout reconnaître le problème. Nous pouvons être plus sensibles au dilemme devant lequel se trouvent les dispensateurs de soins. Nous pouvons être conscientes de la diversité des facteurs sociaux qui précipitent la violence. Nous pouvons arriver à comprendre comment les dispensateurs de soins pourraient réagir en connaissant mieux les méthodes que nous employons pour faire face au stress et aux frustrations[10].

Nous pouvons aussi penser à la solitude et à l'isolement de la personne âgée qui risque de perdre la maîtrise de sa vie et son intimité. Nous pouvons renseigner les milieux professionnels et le public de manière qu'ils puissent dépister et signaler les mauvais traitements. Nous pouvons favoriser le sentiment d'amour-propre et de valeur personnelle chez toutes les personnes âgées, faire échec à l'impuissance acquise et à la violence acquise qui se transmettent d'une génération à la suivante. Nous pouvons enfin faire des presssions pour que soient adoptées des lois qui vont garantir la protection de la personne âgée tout en reconnaissant l'importance de préserver son autonomie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Globe and Mail, Toronto, 10 février 1985.

2. Hocking, E.M. "Granny Battering" par S. Edwards, Medical News, novembre 1982.

3. Bookin, Deborah, Elder Abuse: Issue for the Practitioner. Rapport présenté à la "Gerontological Society of America", novembre 1983, San Francisco, page 9.

4. Eastman, M. "The Battering of Mrs. Scaffle", New Age, 1981.

5. Podnieks, E. Elder Abuse. Rapport présenté à la deuxième Conférence nationale sur les soins infirmiers gérontologiques, Winnipeg (Manitoba), 22 mai 1984.

6. Hooyman, Nancy et Tomita, Sue. Intervention in Cases of Elderly Abuse Within Medical Settings. Rapport présenté à l'assemblée annuelle de la "Western Gerontological Society", San Diego, mars 1982.

7. Eastman, M. Elder Abuse, Age Concern, 1984.

8. Humphreys, J., Campbell, J. et Barret, S. Clinical Intervention with the Abuse Elderly and Their Families. Rapport présenté à la "Gerontological Society of America", San Francisco, novembre 1983.

9. Eastman, M. Elder Abuse, Age Concern, 1984.

10. Parking, M.W. Domestic Violence Against Women, Australian Nurses Journal, volume 12, n° 4, octobre 1982.